

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE

POUR LE

858

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Yves-Marie LALLEMANT

Né le 31 Mai 1915 au Tréport (Seine Inférieure)

**De la Symphyséotomie
à la Zarate modifiée
(*ligamentum arcuatum respecté*)
à la Maternité de Lariboisière,
*pendant les deux dernières années.***

Président : COUVELAIRE, *Professeur.*

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE
A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince VI.

—
1939

858



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547904_0085

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Yves-Marie LALLEMANT

Né le 31 Mai 1915 au Tréport (Seine Inférieure)

De la Symphyséotomie
à la Zarate modifiée
(*ligamentum arcuatum respecté*)

à la Maternité de Lariboisière,
pendant les deux dernières années.

Président : COUVELAIRE, *Professeur.*

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE
A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince VI.

1939

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Clinique d'Assistance Médico-sociale	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	ATRE...



II. AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (H.) . Pathologie médicale.
 BERNARD (E.) . Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU .. Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-
 DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ .. Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL . Obstétrique.

VI. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM	
ALAJOUANINE .	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT . . .	
CHABROL		GATELLIER. . .	
DONZELOT . . .		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VAL- LERY-RADOT			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE ET A MON PERE

*faible témoignage de ma très grande
affection et de ma reconnaissance pour
tous les sacrifices qu'ils n'ont pas hé-
sité à faire pour mon avenir.*

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur COUVELAIRE

Professeur de Clinique Obstétricale
Accoucheur de la Maternité Baudelocque
Membre de l'Académie de Médecine

qui m'a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Docteur L. DEVRAIGNE

Accoucheur de l'Hôpital Lariboisière
Chargé de Cours de Clinique annexe

Hommage de ma profonde reconnaissance pour le paternel accueil qu'il m'a toujours réservé et pour l'aide bienveillante qu'il m'a généreusement accordée.

A MES MAITRES DANS LES STAGES
ET A LA FACULTE

A MES MAITRES DANS L'EXTERNAT

Monsieur le Docteur L. BAZY

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis
Membre de l'Académie de Chirurgie.

Monsieur le Docteur S. BLONDIN

Chirurgien des Hôpitaux.

Monsieur le Professeur CHIRAY

Médecin de l'Hôpital Bichat.

Monsieur le Docteur G. ALBOT

Médecin des Hôpitaux.

Monsieur le Professeur PASTEUR-VALLERY-RADOT

Médecin de l'Hôpital Bichat
Membre de l'Académie de Médecine.

*Hommage respectueux et reconnaissant
pour le précieux enseignement
qu'ils m'ont prodigué.*

A Monsieur le Docteur R. BLOCH

Chirurgien des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Chirurgie.

A Monsieur le Docteur M. LALLEMANT

Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux.

A Monsieur le Docteur F. LEPAGE

Accoucheur des Hôpitaux.

A Monsieur le Docteur P. CHENE.
A Monsieur le Docteur J. MORLAAS.
A Monsieur le Docteur G. MAURIC.
A Monsieur le Docteur J. HAMBURGER.
A Monsieur le Docteur M. BOLGERT.
A Messieurs les Docteurs BLANQUINE, BOUVRAIN,
HUCHET, CAUCHOIX et BAUCHANT.

A mes Conférenciers d'Externat et d'Internat :

Messieurs les Docteurs P. CARREZ et P. DERIEUX.
Messieurs les Docteurs P. LANCE, MATHEY, F. SIGUIER.

en reconnaissance pour tout leur dévouement à mon égard.

MEIS ET AMICIS.

INTRODUCTION

Les pelvitomies longtemps en lutte avec la césarienne, puis supplantées par elle, ont été discréditées du fait non seulement du danger immédiat, mais encore des sequelles statiques et ambulatoires auxquelles elles exposaient dans la majorité des cas.

Elles ont repris avec Zarate un regain d'actualité et avec lui, la symphyse classique à ciel ouvert avait fait place à la symphyséotomie sous-cutanée, technique, sur la facilité de laquelle l'auteur avait particulièrement insisté et qui d'après les statistiques réduisait considérablement les risques opératoires et les troubles de la marche que l'on observait antérieurement.

De nombreux auteurs ont tenté la symphyséotomie à la Zarate avec un succès variable. Certains, en conservant les directives générales de la technique de Zarate lui ont fait subir quelques modifications et c'est une technique, que l'on pourrait appeler symphyséotomie de Zarate inversée, que nous nous proposons d'étudier.

Nous tenons à témoigner à M. le Dr Devraigne toute notre gratitude pour nous avoir autorisé à consulter les observations et les résultats obtenus à la Maternité de Lariboisière au cours de ces deux dernières années.

Les six observations comparées aux quelques six mille accouchements pratiqués dans cette Maternité où les dystocies pelviennes sont particulièrement fréquentes montrent la place très modeste que M. le Dr Devraigne donne à la symphyséotomie sous-cutanée dans le traitement des bassins limités. Et même, sa statistique portant sur les cinq dernières années ne dépasse pas 0,5 pour 1.000.

HISTORIQUE

C'est le Français Sigault qui, le premier, exécute une symphyséotomie à ciel ouvert, en 1777. Mais l'importance des complications infectieuses, des lésions vésico-uréthrales, des troubles de la marche est telle que cette intervention est vite abandonnée.

Un siècle plus tard, en 1891, Pinard, Farabeuf et Varnier, entreprennent des recherches anatomiques et élaborent une technique parfaitement réglée de symphyséotomie à ciel ouvert. Mais les complications et les séquelles restent nombreuses.

Au congrès de Londres, en 1913, l'Allemand F. Frank, attire l'attention sur les sections symphysaires sous-cutanées, prétendant éviter les hémorragies opératoires et les déchirures viscérales profondes, en réduisant simplement la place cutanée à l'orifice d'entrée du bistouri.

Mais c'est l'Argentin Zarate qui eut le mérite d'apporter un procédé nouveau de symphyséotomie sous-cutanée, qui, d'après l'exposé de l'auteur, semblait d'une facilité dérisoire, et d'une bénignité certaine : « C'est une méthode d'une inocuité réelle et d'une simplicité déconcertante, compagne obligée du travail d'épreuve et de l'accouchement spontané dans les rétrécissements relatifs et qui, si on l'emploie dans les limites absolues de ses indications, ne peut être comparée à aucune des autres méthodes de césarienne. »

M. le Pr. agrégé Vaudescal lui fait écho en France en écrivant : « Il s'agit là d'une intervention tellement simple, tellement inoffensive, qu'elle est véritablement à la portée de tout praticien un peu exercé, et dans des conditions matérielles qui ne diffèrent en rien de celles nécessaires pour un accouchement normal. »

M. le Pr. Reeb, de Strasbourg, parlant de la symphyséotomie, conclut : « Point capital, à mon avis, elle permet de sauver la vie à l'enfant dans les cas de dystocie osseuse de la tête dernière..., elle ne présente pas de difficulté sérieuse pour l'accoucheur qui est habitué à opérer sous le contrôle de la vue », mais il ajoute : « En tout cas, je ne partage pas l'opinion de Zarate qui pense que son opération pourra être faite par le médecin praticien en ville et dans les campagnes. »

Pour M. Devraigne, la symphyséotomie « ne sera jamais l'opération de tous les praticiens », et pour M. Desnoyers, « elle ne saurait perdre place parmi les interventions courantes de petite chirurgie ».

Et M. le Pr. Couvelaire qui rapportait une communication de Santos, de Rio-de-Janeiro, concluait : « Je vous propose de féliciter notre confrère Santos de son mémoire, qui apporte une nouvelle contribution à l'étude de cette excellente opération qu'est la symphyséotomie dans des cas judicieusement choisis, entre les mains de chirurgiens parfaitement rompus aux difficultés de la clinique obstétricale et de l'accouchement par les voies naturelles. »

TECHNIQUE

La technique de la symphyséotomie sous-cutanée telle que l'a décrite l'auteur a été précisée par MM. Vaudescal et Van den Horst.

Après avoir évacué la vessie, rasé et désinfecté à la teinture d'iode la région pubienne, on procède à l'anesthésie générale. La parturiente est tenue en position hyperfléchie des jambes et des cuisses, avec « abduction forcée à l'extrême, mais fermement maintenue par deux aides » dont le rôle est capital.

L'opérateur doit marquer d'un coup d'ongle le bord supérieur de la symphyse pour que le bistouri n'aille pas se perdre dans le cavum supra-pubicum, on ne néglige pas la partie supérieure du fibro-cartilage. Le point de ponction est à 5 millimètres au-dessous de ce bord supérieur. L'opérateur introduit l'index et le médius de la main gauche derrière la symphyse pour repousser la présentation en haut, et l'urèthre à droite du point saillant rétro-pubien.

On introduit perpendiculairement au ras du bord supérieur de la symphyse, mais au-dessous de lui, la pointe du bistouri dans le sens sagittal jusqu'à pénétration dans le fibro-cartilage que l'on sectionne progressivement et lentement par de petits mouvements d'oscillation ou de va-et-vient, en abaissant la lame et en relevant le manche de façon à ne pas agrandir l'orifice de pénétration cutané.

La pointe du bistouri transmet une sensation granuleuse comme le dit M. Cathala, jusqu'au moment où, tenant toujours le bistouri en direction oblique, on arrive à l'arcuatum, dont la résistance fibreuse contraste avec celle du fibro-cartilage. On incise l'arcuatum, et quand toute la lame du bistouri a disparu dans

le trajet intra-ligamentaire, la symphyse commence à s'ouvrir avec de petits craquements; si l'ouverture ne s'effectue pas, on parcourt de nouveau le tunnel fibro-cartilagineux sans retirer le bistouri, et on coupe les fibres qui résistent encore. Il arrive parfois que l'ouverture ne s'accroît pas : on ordonne alors aux aides de forcer un peu plus l'abduction et la symphyse s'en trouve jusqu'à deux travers de doigt.

Dans le procédé qu'a décrit Zarate, on sectionne donc le fibro-cartilage de la symphyse et une grande partie de l'arcuatum et on laisse une portion du ligament antérieur de la symphyse, tout le ligament pré-urétral de Henlé vers le bas « frein inférieur » et vers le haut la partie inférieure de la ligne blanche renforcée par le ligament de Cooper et l'entrecroisement des fibres de l'aponévrose du Grand oblique constituant le « frein chirurgical supérieur ».

Modifications à la technique de Zarate

M. le Dr Seguy s'inspire de la technique de Zarate, mais pratique une symphyséotomie sous-cutanée partielle, inversée en quelque sorte, en respectant l'intégrité du ligamentum arcuatum aux dépens du ligament supérieur.

M. le Dr Devraigne est d'ailleurs tout à fait d'accord avec lui, puisque, déjà dans la quatrième édition du *Précis d'Obstétrique de Maygrier et Schwaab*, décrivant le Zarate, il s'exprime ainsi : « On fait une ponction des téguments un demi-centimètre au-dessous du bord supérieur de la symphyse et sans ressortir le bistouri, de la plaie, on sectionne de haut en bas la symphyse; on respecte le ligamentum arcuatum. »

Avantage de ce procédé

Dans la symphyséotomie ainsi pratiquée, l'écartement des pubis est strictement limité par la mise en tension

du filament arqué, et l'on peut obtenir, en général, un écartement des pubis de deux centimètres, de sorte que le gain que l'on est en droit d'espérer dans le diamètre promonto-pubien utile, est environ de 4 à 5 millimètres.

Ces chiffres sont certes très inférieurs à ceux de la symphyséotomie classique où l'on envisageait facilement un écartement de cinq centimètres entre les deux pubis qui correspondent à un gain d'un centimètre dans le promonto pubien minimum.

Mais la conservation du ligament arqué, si elle limite d'une façon pratiquement fixe, le gain dans l'agrandissement du bassin, a un énorme avantage, c'est de rendre à peu près impossible les complications habituelles de la symphyséotomie classique.

Les organes retro et sous-symphysaires sont protégés par l'arcuatum qui leur forme un véritable bouclier et l'on n'a pas à redouter en particulier les graves lésions des organes urinaires.

Il n'y a plus de diastasis des articulations sacro-iliaques puisque celui-ci se produisait à environ sept centimètres d'écartement des pubis, et que l'arcuatum tendu ne permet seulement qu'un écartement de deux centimètres.

Enfin, l'intérêt de cette méthode réside encore dans la facilité de coaptation des surfaces symphysaires après l'opération, car l'arcuatum les maintient en contact et évite le chevauchement et la pseudarthrose.

M. le Dr Seguy insiste sur la nécessité de toujours respecter l'arcuatum et cela non seulement au cours de la section symphysaire, mais encore jusqu'à l'extraction de l'enfant; c'est pourquoi il conseille de laisser toujours dans la mesure du possible l'accouchement se faire spontanément.

Mais il est des cas où l'on ne peut temporiser. Parfois, en effet, la tête est bien descendue, et a pris par-

faitement contact avec le col, mais les contractions restent irrégulières et faibles. On peut alors utiliser l'hypophyse postérieure.

Plus délicat est le cas où, après symphyséotomie, on constate des signes de souffrance fœtale. Très rarement, constatée chez la multipare, cette éventualité se voit par contre chez la primipare où un laps de temps assez long est nécessaire avant la fin de l'accouchement.

On essaiera toujours de temporiser le plus possible pour éviter les risques que peut faire courir au ligament arqué une application de forceps, même très prudente.

INDICATIONS

La symphyséotomie réclame pour être appliquée sans aléas graves, un assez grand nombre d'éléments qui nécessitent parfois, pour être appréciés, cliniquement, une expérience et un entraînement assez grands.

On peut les résumer ainsi : une viciation pelvienne peu marquée, une disproportion minime entre la tête fœtale et le bassin maternel, une dilatation aussi avancée que possible, un état fonctionnel suffisant de l'utérus (ni contracture, ni inertie), la souplesse des parties molles, l'absence d'infection utérine.

Nous insisterons surtout sur deux éléments essentiels qui conditionnent son efficacité :

- la faible disproportion fœto-pelvienne;
- la précocité de sa mise en œuvre.

Cette disproportion fœto-pelvienne légère existe dans le cas :

- d'un bassin normal avec gros enfant, ou avec une tête mal fléchie, ou plus ou moins défléchie;
- d'un bassin légèrement rétréci, lorsque tout laisse supposer que l'accouchement se fera par les voies naturelles.

Dans ce cas, la symphyséotomie est tout à fait indiquée car elle permet de pousser loin l'épreuve du travail, et, surtout, de parer à une dystocie imprévue si l'estimation du rapport fœto-pelvien a été trop optimiste.

En effet, on a pu voir une légère disproportion fœto-pelvienne engendrer une dystocie grave :

La tête reste élevée, fixée au Déroit supérieur, les membranes se rompent, le col incomplètement dilaté, tend à s'œdématiser, les contractions utérines sont irrég-

gulières et des signes de souffrance fœtale apparaissent.

Une tentative de forceps dans de telles conditions est difficile, pénible et dangereuse, pour l'enfant et pour la mère.

Une symphyséotomie aurait évité cette éventualité, elle aurait permis, à la tête, de descendre dans l'excavation sans traumatisme, et sans manœuvre de force.

Mais la symphyséotomie à la Zarate ne paraît pas devoir entrer en parallèle avec la Césarienne comme cela a été longtemps classique pour la symphyséotomie à ciel ouvert avec section de l'arcuatum.

Tout ce que l'on peut dire, c'est que la symphyséotomie sous-cutanée paraît un moyen plus simple et plus élégant que la Césarienne pour parer à une dystocie menaçante apparue au cours d'une épreuve du travail, à condition expresse que la disproportion fœtopelvienne soit très faible. Si celle-ci est importante, c'est à la Césarienne qu'il faut avoir recours, la symphyséotomie étant, dans ce cas, inefficace.

M. Devraigne qui avait condamné les pelvitomies à ciel ouvert dit lui-même : « Ceux qui ramènent toute la dystocie osseuse à la Césarienne basse... ont tort; ceux qui, amplifiant sur Zarate lui-même, qui la réservait aux bassins limites, veulent lui faire prendre le pas sur la Césarienne basse ont tort. Les cas cliniques qui se posent sont tellement variés qu'il faut toujours à l'accoucheur beaucoup de sens critique et de bon sens pour les résoudre, et cela, d'autant plus, qu'à l'urgence s'ajoutent souvent les difficultés tenant au lieu où l'on se trouve et où il faut agir. »

Une deuxième condition essentielle d'efficacité de la symphyséotomie est sa *précocité*.

Lorsque la tête reste élevée, malgré la rupture spontanée ou artificielle des membranes, que la dilatation est stationnaire, que le col commence à devenir épais, il

faut, sans attendre, pratiquer la symphyséotomie qui va permettre à la tête de pénétrer plus avant dans l'excavation et de prendre contact avec le col. Dès lors, la dilatation va se compléter et les contractions vont se régulariser.

Attendre l'apparition des signes de souffrance fœtale serait s'exposer à l'accouchement d'un enfant mort, surtout chez la primipare où il faut parfois compter une ou deux heures après la symphyséotomie pour que la dilatation soit complète.

Voici résumées, six observations, que nous avons pu relever à la Maternité de Lariboisière :

Observation 1. — M^{me} R..., 2^e pare, âgée de 30 ans, ayant eu précédemment un enfant mort-né à terme, pesant 3.250 grammes. Cet accouchement avait nécessité l'application du forceps.

Dernières règles : 31 avril 1937. — Début du travail le 7 février 1938, à 9 heures. Entrée dans le service le 7 février 1938, à 17 heures.

A l'examen, on trouve un bassin généralement rétréci, le diamètre promonto-suspubien : 10 centimètres, une présentation élevée en O I G A.

M. le Dr Séguy pratique la rupture artificielle des membranes, et bientôt, la tête ne progressant pas, décide de pratiquer une symphyséotomie. Il fait l'opération de Zarate modifiée, c'est-à-dire la section du ligament supérieur, et conservation intégrale de l'arcuatum.

L'accouchement a lieu le 7 février 1938, à 20 h. 40. La durée totale du travail a donc été de 11 h. 40.

On extrait une fille vivante pesant 3.800 grammes. A 21 heures, délivrance naturelle, pesant 810 grammes.

Observation 2. — M^{me} V..., 1^{re} pare, 2^e geste, âgée de 20 ans, ayant fait précédemment un avortement spontané de trois mois, qui a été suivi de curetage.

Les dernières règles : le 7 mai 1937. La gestation a été suivie en ville par une sage-femme.

Le 10 février 1938, à 4 h. 30, début du travail. A l'examen, on trouve un bassin normal, une présentation en siège décomplété, mode des fesses, fixé en S I D P.

La rupture des membranes se fait spontanément et d'une façon prématurée, 26 heures avant l'accouchement.

Le siège reste élevé, la dilatation est complète depuis 12 heures, M. le Dr Séguy décide la symphyséotomie. Il pratique la méthode de Zarate modifiée; fait une épisiotomie gauche préventive, effectue facilement la manœuvre de Moriceau et extrait à 12 h. 25 une fille dont le poids est de 3.240 grammes, qui naît étonnée, mais que l'on ranime facilement.

A 12 h. 45, délivrance naturelle et complète. Le poids du placenta : 510 grammes. L'épisiotomie est suturée par trois crins.

Observation 3. — M^{me} C..., 1^{re} pare, âgée de 27 ans, dont la gestation était suivie en ville.

Les dernières règles, le 4 juillet 1937. — Elle entre à la salle de travail le 14 avril 1938. Elle a eu, en ville, deux tentatives d'extraction par forceps.

M. le Dr Séguy fait une symphyséotomie suivant la méthode de Zarate modifiée, mais les contractions utérines sont insuffisantes et la tête reste élevée. Mais surtout, le col s'œdématie et cet œdème devient de plus en plus important, gagne le vagin, ce qui rend le toucher difficile.

L'opérateur pratique alors une césarienne type Portes avec extériorisation et il extrait, à 21 h. 15, un garçon criant immédiatement, présentant une circulaire en écharpe et dont le poids est de 3.150 grammes.

La délivrance est immédiate, normale et complète; le placenta pèse 560 grammes.

Observation 4. — M^{me} M..., âgée de 25 ans, 1^{re} pare, dont la gestation était suivie à la Maternité de Lariboisière, avait eu ses dernières règles le 27 novembre 1937. Début du travail le 10 septembre 1938, à 24 heures. Entrée à la salle de travail le 11 septembre, à 13 heures.

A l'examen, on trouve une présentation céphalique élevée, fixée en O I G A.

Le 12 septembre, à 11 heures, les contractions étant insuffisantes, M. le Dr Séguy fait une incision de la lèvre antérieure du col, et une injection d'hypophyse.

Et à 21 h. 30, la progression étant insuffisante, l'opérateur fait une symphyséotomie à la Zarate modifiée.

Il pratique également une épisiotomie gauche et, à 22 heures, c'est-à-dire 46 heures après le début du travail, il extrait une fille vivante pesant 3.640 grammes.

Délivrance artificielle et complète. — Poids du placenta : 400 grammes. Réfection du périnée par 2 crins, suture du col au catgut.

Observation 5. — M^{me} S..., 8^e geste, 6^e pare, âgée de 40 ans, a fait précédemment deux fausses couches de deux mois, et a eu cinq accouchements normaux à terme. Les enfants sont vivants, bien portants.

La dernière gestation a été suivie à la Maternité de Lari-boisière. Les dernières règles sont du 10 février 1938. Entrée le 7 novembre 1938, à 16 heures. Début du travail : 12 novembre 1938, à 23 heures. A l'examen, on trouve une présentation élevée en O I G A.

On pratique la rupture des membranes artificielles précoces.

Après trois heures d'épreuve de travail, chez une 6^e pare disant avoir accouché d'un enfant pesant 4.000 grammes. P.M. = 9 cm. 2, M. Ségué décide de faire une symphyséotomie (en respectant l'arcuatum) pour non-engagement de la tête, et œdème du col.

Dix minutes plus tard, l'accouchement se fait normalement. Il est 0 h. 55. — La durée du travail a été de 25 h. 55.

On extrait une fille vivante pesant 3.280 grammes. Le diamètre bi-pariétal : 9 cm. 4. Il existe un chevauchement important des os du crâne. La délivrance est naturelle et complète. Le placenta pèse 550 grammes.

Observation 6. — M^{me} B..., 1 pare, âgée de 33 ans. — On retrouve dans les antécédents de cette parturiente un cancer du sein gauche opéré en 1931, et une paralysie des membres inférieurs en 1936, qui avait duré plusieurs mois.

La gestation a été suivie à la Maternité. Début du travail : le 27 janvier 1939, à 22 heures.

A l'examen, le diamètre promonto-sus-pubien = 10 cm. 4; la présentation céphalique est élevée en O I G A. La rupture des membranes, artificielle, prématurée.

Le 29 janvier 1939, à 16 heures, la tête ne descendant pas, M. Ségué pratique une symphyséotomie en respectant l'arcuatum. A 16 h. 10, il fait une injection d'hypophyse.

A 17 heures, accouchement normal d'une fille née étonnée, mais ranimée après quinze minutes des soins habituels. Poids de l'enfant : 3.060 grammes. Le travail avait duré 46 heures. La délivrance est naturelle et complète, le placenta pèse 720 gr.

RESULTATS DE CES OBSERVATIONS

Il est à noter que dans les six cas observés, il n'y a eu aucune mortalité infantile, mais par contre un cas de mortalité maternelle. Il est vrai que la femme qui fait le sujet de notre 3^e observation avait été amenée tardivement à la Maternité. La symphyséotomie s'est montrée insuffisante et l'extraction dut être faite par Césarienne.

Notons également que quatre des parturientes étaient des primipares, et que, mis à part la 6^e observation où la femme a présenté, après l'intervention, un certain degré de boiterie, dans tous les autres cas, il n'y a eu aucun trouble de la marche, aucune lésion vésico-urétrale, aucune complication infectieuse qui ait été à quelque moment inquiétante.

CONCLUSION

Dans la symphyséotomie à la Zarate modifiée, la conservation intégrale du ligamentum arcuatum, réduit au minimum, non seulement les lésions uréthro-vésicales et les complications infectieuses consécutives à l'hématome, mais surtout les troubles de la statique et de la marche.

Cette opération, d'indications limitées, n'en reste pas moins une opération de spécialiste averti.

Vu le Doyen :

Vu le Président de thèse :

TIFFENEAT

COUVELAIRE

Vu et permis d'imprimer :

le Recteur de l'Académie de Paris :

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- Cathala*. — Leçons de la Clinique Tarnier, 1927.
- Couvelaire*. — Indications des pelvitomies. (« Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie », 1924.)
- Desnoyers*. — A propos de la symphyséotomie. (« La Médecine », avr. 1931.)
- Devraigne*. — Les pelvitomies. (« Manuel de l'Accoucheur », 1924.). — La symphyséotomie dite à la Zarate. (« La Médecine », supplément n° 18, décembre 1936.)
- Le Lorier*. — Quelle place les pelvitomies doivent-elles garder actuellement dans la thérapeutique obstétricale? (« La Médecine », avril 1926.)
- Ravina*. — Où en est la symphyséotomie? (« La Médecine », avril 1932.)
- Reeb*. — Symphyséotomie sous-cutanée d'après Zarate. (Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Strasbourg, 1^{er} juin 1929.)
- Rudaux et Desnoyers*. — Quelques observations de symphyséotomies partielles. (Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, février 1929.)
- Santos* (de Rio-de-Janeiro). — Mon expérience de la symphyséotomie. (Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, juillet 1930.)
- Seguy*. — A propos de la symphyséotomie selon la technique de Zarate. (« Bulletin médical », 27 octobre 1934.)

